

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 139

INDICATIONS ET RÉSULTATS
de la
GASTROSTOMIE D'URGENCE
en
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre RONE

né à PARIS le 2 Avril 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1922

INDICATIONS ET RÉSULTATS
DE LA GASTROSTOMIE D'URGENCE
EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 139

INDICATIONS ET RÉSULTATS
de la
GASTROSTOMIE D'URGENCE
en
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE DE MEDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre RONE

né à PARIS le 2 Avril 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,

PROFESSEURS	MM.
Cliniques médicales	TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
	BARD
	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	COMMANDEUR.
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	WEILL
Clinique des maladies des femmes	POLOSSON (A.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS
Clinique des maladies des voies urinaires	ROCHET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	N-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	MOURIQUAND
Anatomie pathologique	PAVIOT
Chirurgie opératoire	VILLARD
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	Etienne. MARTIN
Hygiène	COURMONT (P.)
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie	FLORENCE

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....		VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....		CONDAMIN.
— — — Chimie minérale		BARRAL.
— — — Urologie		GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé
CADE	DUROUX	CORDIER	des fonctions
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. BÉRARD, *Président*; M. VILLARD, *Assesseur*;

MM. TAVERNIER et SANTY, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde
affection.

A MON FRÈRE

AU DOCTEUR C. CHAUVEAU

Expression de vive gratitude et de profond respect à notre premier maître
en O. R. L.

AU DOCTEUR SARGNON

Inspirateur de cette thèse, conseiller
bienveillant.
Hommages respectueux.

AU DOCTEUR ARNOULD

Chirurgien de l'Hôpital Saint-François

Qui nous a prodigué ses soins éclairés
et dévoués.

A Monsieur le Professeur L. BÉRARD

Qui nous fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Qu'il reçoive l'hommage de notre res-
pectueuse gratitude.

A MES JUGES

A MES PROFESSEURS CIVILS
ET MILITAIRES

INDICATIONS ET RÉSULTATS DE LA GASTROSTOMIE D'URGENCE EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

INTRODUCTION

La gastrostomie d'urgence est une opération consistant à établir une ouverture temporaire ou permanente qui fait communiquer l'estomac avec la paroi abdominale, ce qui permet d'alimenter un malade dont la partie inférieure du tube digestif est obstruée, facilite les manœuvres de dilatations difficiles et met au repos l'œsophage.

Cette opération trouve donc ses indications dans la pathologie du pharynx et de l'œsophage. Cette dernière relève surtout de l'oto-rhino-laryngologie.

Les indications de la gastrostomie se sont bien précisées depuis l'emploi courant à l'étranger puis en France de l'œsophagoscopie, c'est-à-dire, depuis une vingtaine d'années.

MM. Bérard et Sargnon, à Lyon, se sont tout particulièrement occupés de la gastrostomie d'urgence en O.-R.-L. et notamment de ses indications,

Robert (Thèse 1914, Lyon) a insisté sur le manuel opératoire de la gastrostomie. *Strumfeld* (Thèse 1919, Lyon) a traité la gastrostomie pour sténoses œsophagiennes. *Cristofle* (Thèse 1921, Lyon) a étudié la gastrostomie préventive dans les grandes interventions sur le larynx. Nous insisterons sur les indications qui ont été l'objet d'une communication, au Congrès de Chirurgie de Strasbourg, 1921, par MM. Bérard et Sargnon.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'histoire de la gastrostomie se divise en deux périodes : 1° septique; 2° aseptique.

Très meurtrière dans la première, le pronostic de cette opération s'améliore au cours de la seconde à tel point que les chirurgiens la considèrent aujourd'hui comme une opération bénigne.

I. — PÉRIODE SEPTIQUE

Proposée pour la première fois en 1837 par Egebert, la gastrostomie a été réalisée expérimentalement chez le chien en 1841 par Bondlot (de Nancy) et par Bassow en 1843. Sedillot fut le premier qui la réalisa chez l'homme le 13 novembre 1849, puis en janvier 1853. Il eut deux insuccès. La péritonite fatale ne put être évitée.

On n'envisage, au cours de cette période qu'un seul succès relatif dû à Sydney Jones en 1875 avec une survie de 20 jours.

II. — PÉRIODE ASEPTIQUE

Nous diviserons cette période en trois phases. Au cours de la première on pratique l'opération en deux temps, la fistule est incontinente. Pendant la seconde on opère en un temps, la fistule est continente. Enfin

l'anesthésie générale est remplacée par l'anesthésie locale dans la dernière.

1° Opération en deux temps, fistule incontinente

A la suite de l'application des principes pasteurien, Verneuil va pouvoir, en 1876, publier à l'*Académie de Médecine de Paris*, un cas de gastrostomie suivi d'une survie de 16 mois. D'autres opérateurs, Lannelongue (de Bordeaux) 1877, Schondorn (de Königsberg) 1877, Trendelenburg (de Rostock) 1878, Herff, 1879, Howse, 1879, obtinrent des résultats intéressants.

Nélaton, Howse proposent l'opération en deux temps; Poncet et l'Ecole Lyonnaise pratiquent en un premier temps la gastropexie et l'ouverture de l'estomac en un deuxième temps.

La fistule est incontinente malgré les obturateurs de Sédillot et de Langenbeck, les sondes à demeure de Verneuil et de Trendelenburg. Les produits de digestion et de sécrétion gastrique s'écoulent au dehors et lèsent la paroi abdominale.

2° Opération en un temps, fistule continente

Delagenière, Larger (Communication *Société de Chirurgie*, 1883) conseillent d'ouvrir l'estomac très haut près du cardia. Bryant, Lucas-Championnière préconisent une petite ouverture. Girard, de Berne, en 1888, propose la sphinctérisation de l'orifice gastrique en entre-croisant des bandelettes musculaires empruntées à la paroi abdominale. Von Hacker, Jaboulay, Golding, Fischer, Terrier forment un anneau contractile avec les fibres lisses de l'estomac. Hahn, en 1890, fait suivre à la fistule un trajet intercostal.

Fontan, en 1896, crée un procédé *valvulaire*. Ce procédé est seul adopté dans le service de M. le Professeur Bérard.

De même que M. Bérard, M. Villard, dans la séance de la *Société des Hôpitaux* du 16 novembre 1911, insiste sur les précautions à prendre pour avoir une fistule continente : 1° établir l'orifice de la gastrostomie en un point situé le plus près possible de la petite courbure et le plus haut possible près du cardia; 2° fixer l'estomac en un point latéral élevé de la paroi abdominale très près du rebord gauche des fausses côtes, afin que l'organe soit comme suspendu à la partie profonde de cette paroi; 3° fixer l'estomac par des points séro-séreux et ne pratiquer qu'une petite ouverture pour le passage de la sonde.

Souligoux et Bloch, dans la *Presse Médicale* du 20 décembre 1920, décrivent un nouveau procédé de torsion évitant, disent-ils, les tractions sur l'estomac, la fistule pouvant être pratiquée assez basse. Ils traversent le tiers externe du grand droit (sens des fibres) puis tordent et invaginent le cône gastrique.

Remarquons que chez l'enfant la gastrostomie est toujours continente. Vignard et Sargnon ont rapporté l'observation d'une fillette de cinq ans dont la fistule était continente malgré une paroi très mince.

3° *Opération sous anesthésie locale*

La gastrostomie est encore dangereuse dans les périodes précédentes, c'est-à-dire, avec l'emploi de l'anesthésie générale.

En 1885, Zésas accuse une mortalité de 83 0/0 sur 162 gastrostomies.

Le Fort a 73,2 0/0 sur 105 gastrostomies.

Gross a 70 0/0.

En 1886, Knie a 66 0/0 sur 169 opérations.

En 1887, Johansen a 42 0/0.

En 1895, Mickulicz n'avoue que 17 0/0 de morts sur 54 cas.

En 1896, Ch. Guérin en compte 35 0/0 sur 121 cas.

Kasansky, de 1885 à 1903 compte 291 morts sur 376 opérations (*In Nino Samaja*, page 173). (1)

De 1908 à 1911, Bérard (*in thèse Robert*) a 57 0/0 de morts dans le premier mois sur 7 cas.

Les opérés sont en effet des cachectiques. Ils meurent le plus souvent de shock ou de complication pulmonaire, dans les premiers jours qui suivent l'opération.

L'anesthésie locale supprime ces inconvénients. Elle est très bien supportée. L'opéré est soigneusement insensibilisé. Seuls le temps péritonéal et les tractions sur l'estomac peuvent-ils nécessiter parfois une anesthésie à la vessie.

Bérard et Sargnon, en 1914, ont inspiré la thèse de Robert, qui porte sur 38 cas de gastrostomie. Sur les 16 opérations pratiquées sous anesthésie générale, Robert relève 6 morts; 2 par accident pulmonaire, 4 par cachexie. Sur les 26 autres faites sous anesthésie locale il y a eu 8 décès, dont 5 ont des causes indépendantes de l'intervention : un est mort d'érysipèle 24 jours après l'opération, un autre d'anévrisme de l'aorte ouvert dans l'œsophage 3 jours après la gastrostomie, un autre de parotidite infectieuse au 64^e

(1) Dr Nino Samaja, I timori del œsophage (*Mtlau* 1918.)

jour, un autre de pneumonie 3 mois après l'intervention, un autre de dyspnée brusque 4 jours après l'intervention.

En 1919, Strumfeld, dans sa thèse, relève 15 cas de gastrostomie sous anesthésie locale. Il y a eu : une mort le lendemain de l'opération, mais ce malade a été opéré « in extremis » ; une mort le 8^e jour de pneumonie, mais ce malade présenterait de la congestion fébrile avant l'opération ; une mort au 12^e jour ; une au premier mois et une au deuxième mois.

Sargnon, au *Congrès de Chirurgie de Strasbourg* (1921), déclare n'avoir eu depuis 1914 qu'un décès survenu dans les circonstances suivantes (Sargnon-Vignard) : Chez un homme cachectique, atteint de néoplasme de la région du cardia, gastrostomisé sous anesthésie locale, on tombe sur une poche préstomacale volumineuse, ascitique, indice de la généralisation. On suture comme on peut le péritoine pariétal très mince et un peu de muscle avec le cône stomacal. Le malade va bien les huit premiers jours, il se lève même le 2^e jour de lui-même et sans autorisation, pour aller au cabinet. Le dixième jour on le fait lever un instant et il meurt le lendemain avec des accidents péritonéaux.

Il est probable que la poche préascitique a dû se reproduire, s'infecter et se rompre dans la grande cavité péritonéale. En pareil cas, il eût peut-être été plus prudent de faire la gastrostomie en deux temps ou de suturer complètement son cône stomacal avec la paroi musculaire car le péritoine pariétal était très mince.

CHAPITRE II

Technique opératoire.

Nous ne décrivons que la méthode valvulaire de Fontan sous anesthésie locale, procédé seul employé dans le service de M. le Professeur Bérard. Nous avons à étudier les soins préopératoires, l'anesthésie, l'incision, le choix du point gastrique à fistuliser, la mise en place de la sonde et l'alimentation des gastrostomies.

1° LES SOINS PRÉOPÉRATOIRES

Le Professeur Bérard insiste particulièrement sur l'importance capitale de ce premier temps. Les malades gastrostomisés d'urgence ne peuvent même plus absorber des liquides. Ce sont des cachectiques. Le plus souvent, on opère des vieillards, des cancéreux, souvent des alcooliques, parfois des spécifiques. Il faut les préparer au shock opératoire en employant les toni-cardiaques, les injections de sérum, une piqûre d'huile camphrée.

2° ANESTHÉSIE

Dans le service de M. Bérard, on emploie l'Allocaïne Lumière, solution AA à 1 0/0 additionnée de 25 g. d'Adrénaline, ou la Novocaïne à 1 0/0.

Bérard et Sargnon (Congrès de Chirurgie, 1921), pratiquent l'infiltration au niveau de la ligne d'incision et quatre boutons d'infiltration à la périphérie de la ligne d'incision. Il faut infiltrer les différents plans mais signalons que le plan sous-péritonéal est très difficile à injecter, car nous ne savons pas à quelle épaisseur il se trouve chez des sujets habituellement amaigris, de sorte que ce plan est peu ou mal anesthésié; on peut être obligé au cours de l'opération de le réinfiltrer. Rappelons aussi que la section des tissus sous-péritonéaux et du péritoine est souvent douloureuse chez les sujets timorés. Il peut être utile de donner quelques gouttes d'anesthésie à la reine.

3° INCISION

Elle sera de 7 cm., parallèle au rebord costal gauche, finissant en haut à 2 cm. de l'appendice xyphoïde, en bas, à la hauteur du 9^e cartilage. On ne doit pas inciser les fibres musculaires mais passer entre les muscles.

4° CHOIX DU POINT GASTRIQUE A FISTULISER

Nous devons ouvrir l'estomac aussi haut que possible. Il nous faut donc l'abaisser. Pour cela, Strumfeld indique dans sa thèse (Lyon, 1919), une manœuvre recommandée par M. le Professeur Bérard.

Avec une pince mousse, puis des pinces de Chaput,

le chirurgien va à la recherche de l'estomac (souvent caché par le rebord hépatique et le côlon transverse). Il est amarré et amené dans l'orifice d'incision où il vient former hernie. Une deuxième pince est fixée au-dessus de la première, du côté du cardia et cette nouvelle prise est amenée par des tractions douces au niveau de la ligne d'incision. Une troisième pince est placée de la même façon au-dessus de la deuxième et ainsi de suite jusqu'à ce que l'on soit arrivé au point choisi. L'estomac subit de cette façon une sorte de rotation suivant son grand axe, rotation qui refoule en arrière la grande courbure, fait descendre la région sous-cardiaque et évite les dangers de la traction directe. Robert (observ. 36, thèse 1914, Lyon), signale dans un cas une rupture d'estomac cancéreux. On a rapporté l'ouverture d'un abcès voisin du rétrécissement (cas de Karewski), de Berlin), et l'ulcération de l'aorte adhérente à un cancer de l'œsophage (Terillon).

5° MISE EN PLACE DE LA SONDE

Le cône gastrique attiré au dehors est fixé par sa base au deux lèvres de l'incision péritonéale par des sutures au catgut. Au sommet du cône on fait une étroite ponction juste suffisante pour permettre l'introduction à frottement d'une sonde de Nélaton en caoutchouc rouge n° 24. Celle-ci est enfoncée à 10 centimètres de profondeur dans l'estomac. On déprime le cône dans la cavité stomacale et l'on passe un point de Lembert de chaque côté de la sonde ; on termine l'opération par la suture de la paroi.

6° ALIMENTATION DES GASTROSTOMISÉS

On alimente les gastrostomisés dès le lendemain de l'opération avec du bouillon, du café, du lait toutes les 3 heures. Dans un cas d'extrême urgence de G. Léo (Obs. VI), on a versé immédiatement du lait dans la cavité gastrique. Vers le quatrième jour, on peut administrer du lait, des œufs battus après filtration pour éviter que la sonde ne se bouche.

Dans le même but, on peut injecter une solution alcaline avant et après chaque repas. Si la sonde s'obstrue complètement, il faut employer la même manœuvre et éviter de la retirer pour la remettre, car les premiers jours, on risquerait de faire une fausse route sous ou intra-péritonéale. Lorsque le malade se lève, vers le huitième jour, cet accident n'est plus à craindre. On retire la sonde que l'on replace pour chaque repas. Si l'orifice tend à se rétrécir trop vite, il suffit de laisser la sonde en place quelques heures. Au cas contraire, on introduit une sonde plus petite pendant le repas seulement.

CHAPITRE III

Indications.

Les indications de la gastrostomie d'urgence sont nombreuses. Elles sont dues, soit à des causes extrinsèques (compressions ou envahissement de la première partie du tube digestif par les organes avoisinants), soit à des obstructions ou sténoses de causes intrinsèques. Nous les diviserons donc en :

A) *Causes extrinsèques.*

B) *Causes intrinsèques.*

A, — Causes extrinsèques.

Elles varient selon les rapports différents des diverses parties du pharynx et de l'œsophage. Nous envisagerons les causes : 1° cervicales; 2° thoraciques; 3° abdominales.

1° CAUSES CERVICALES

Les causes cervicales dérivent notamment de la pathologie du corps thyroïde, des ganglions, des branchiomes, des tumeurs du larynx, des lésions du rachis.

1° Corps thyroïde

La dysphagie chez les goitreux fut d'abord considérée comme un signe de l'inflammation ou de la transformation maligne de la tumeur. Liebrecht, un des premiers insiste sur la fréquence des troubles de la déglutition en dehors de toute complication du goitre.

Au niveau du pharynx buccal, les compressions graves sont rares, sauf dans les cas de goîtres linguaux ou de grenouillettes thyroïdiennes (Le Dentu-Delbet, tome 20).

Au niveau du pharynx inférieur, Gibb signale des goîtres rétro-viscéraux ou circulaires ayant réduit le calibre du tube digestif à celui d'une plume d'oie et rendu impossible l'absorption de tout aliment solide. Czerny, en 1878, et Weinlechner, en 1883, signalent deux cas de goitre rétro-laryngé, situés à la hauteur de l'épiglotte.

En général, à ce niveau, le goitre ordinaire provoque une dysphagie légère plus marquée avec une tumeur du lobe droit ou de l'isthme. Cette compression existe d'après Wolfer, Socin, Poncet, Bérard, dans 1/8 à 1/10 des cas. Demmer la relève 73 fois sur 600 opérés de Hochenegg (Le Dentu-Delbet, tome 20). L'adhérence du goitre bénin à l'œsophage est exceptionnelle. Wolfler en a rencontré deux cas. Pour Bérard, elle serait possible dans les goîtres avec

hémorragie des jeunes sujets ou dans les strumites fibreuses des vieillards. On assisterait alors à une dysphagie intense.

L'œsophage, dépourvu d'anneaux cartilagineux comme la trachée, offre moins de résistance que cette dernière à la compression et à l'infiltration cancéreuse. Son calibre peut être réduit à celui d'une plume d'oie (Wolfler, Jaboulay), et l'on peut penser à un néoplasme primitif de l'œsophage. Sur 173 cancers, Vianay et Pinatelle ont observé sept fois l'envahissement ou l'ulcération de l'œsophage. Schin Izi Ziba, Guisez, Orcel, Gayet, Garel, Van Straaten, Patel, en ont publié des cas (*In Nino Samaja*, p. 191). Orcel a observé une propagation par 17 cas, Garel 1 sur 83. La compression de l'œsophage est précoce et peut s'accompagner de spasmes qui rendent la déglutition des liquides, notamment des liquides froids aussi laborieux que celle des aliments solides. Pendant longtemps, cependant, le cathétérisme est possible et la sonde suffit pour alimenter le malade.

Bérard (Le Dentu, Delbet, tome 20) déclare que l'on a guère été amené à pratiquer la gastrostomie que dans les cas rares où l'œsophage avait été perforé ou encore dans ceux où il s'agissait d'un néoplasme œsophagien primitif avec envahissement secondaire de la thyroïde. Ordinairement, on extirpe le goitre ou le cancer. Dans ce dernier cas, on peut employer la curiethérapie.

OBSERVATION I

(BÉRARD)

Compression de l'œsophage par un cancer thyroïdien. Gastrostomie

Homme âgé de 62 ans, atteint d'un néoplasme thyroïdien ligneux, diffus, avec une grosse adénopathie qui avait évolué, depuis six mois, sur un ancien goitre dégénéré, d'abord avec simple compression du récurrent gauche, donnant une voix bitonale, puis avec compression de la trachée, donnant une toux aboyante, et enfin compression de l'œsophage à gauche, donnant une dysphagie progressive, d'abord pour les aliments solides, puis rapidement pour les liquides, avec phénomènes spasmodiques à crises aiguës.

Examiné par M. Bérard, au début de 1920, à la suite d'une période de spasmes particulièrement pénibles, le malade est très affaibli, a perdu 9 kilos depuis six mois. Se plaint d'une dyspnée modérée au repos, mais beaucoup exagérée par le moindre effort. Il a des crises de dyspnée nocturnes plus marquées depuis un mois. Depuis quelques jours, le malade n'a bu que des infusions tièdes et a pris quelques lavements alimentaires, car même le lait et le potage sont rendus aussitôt après la tentative de déglutition, et le malade redoute même de s'alimenter à cause de la dysphagie douloureuse croissante.

La radioscopie directe montre un prolongement de la tumeur thyroïdienne dans le médiastin, surtout à gauche. La radioscopie, après ingestion de bouillie bismuthée, montre un étranglement en entonnoir allongé qui naît à peu près à la bouche de l'œsophage pour s'étendre presque au-dessous du manubrium sternal. Il n'y a pas de signe clinique donné par le néo. Pas de crachats sanguinolents, pas de fétidité de l'haleine. Le tube œsophagoscopique est arrêté à l'entrée de l'œsophage. Là, on constate que la paroi gauche est refoulée en dedans, mais il n'y ni ulcération, ni bourgeonnement de la muqueuse.

Pendant deux jours on essaie de combattre les phénomènes spasmodiques qui peuvent être ajoutés à la compression

directe provoquant la dysphagie en faisant absorber au malade une solution cocaïnée faible. Devant l'échec de cette tentative, M. Bérard fait sous anesthésie locale une gastrostomie. Suites simples. Alimentation facile pendant les deux mois de survie de ce malade.

2° Ganglions

Les grands traités de chirurgie ne parlent pas de compression grave de l'œsophage par des tumeurs ganglionnaires.

Mentionnons les abcès froids, à point de départ ganglionnaire, rétro-pharyngiens, pouvant amener une dysphagie.

3° Branchiomes

Le branchiome se développe sous le sterno-cleido-mastoïdien et pousse des prolongements qui s'insinuent entre les organes. Il peut en dedans atteindre le pharynx. Les troubles de la mastication sont toujours d'ordre mécanique, le volume croissant de la tumeur gênent l'abaissement du maxillaire inférieur. Il est rare que le volume de la tumeur arrive à entraver la déglutition, comme dans un cas de Jadynsky (Le Dentu-Delbet, tome 21, p. 129). On pratique dans ce cas l'extirpation, on peut essayer la curiéthérapie, bien que le branchiome soit assez rebelle à cette thérapeutique.

4° Tumeurs du larynx

Elles peuvent être intrinsèques et se propager avec ou sans ganglions, ou bien extrinsèques d'emblée, c'est-à-dire à point de départ pharyngé, dans les gout-

tières pharyngo-laryngées, ou à point de départ rétro-cricoïdien.

Les premières seules ont leur place dans les dysphagies de causes extrinsèques. Les malades sont plus des dyspnéiques que des dysphagiques. On fait la trachéotomie en premier lieu. On ne pratique plus guère actuellement la laryngopharyngectomie, à cause des résultats graves, malgré l'emploi de l'anesthésie locale (Bérard et Sargnon). La récurrence précoce étant habituelle, mieux vaut faire des opérations palliatives, la trachéotomie et la gastrostomie, qui, concurremment avec le radium et surtout les rayons X, donnent des survies plus longues que l'intervention dite radicale, et cela sans mutiler le malade.

5° *Lésions du rachis*

Les abcès froids peuvent rester sur la ligne médiane et former des collections rétro-pharyngiennes ou rétro-œsophagiennes. König dit que les signes de compression des voies digestives ne sont jamais si intenses que dans les abcès aigus. Les organes ont le temps de s'accommoder à la compression et de fuir devant elle.

Guisez a trouvé une sténose de l'œsophage au niveau même de la déviation antérieure de la colonne vertébrale. Tillmann a cité le cas chez un malade d'une côte supplémentaire gênant la déglutition. Nous ne connaissons pas de cas ayant nécessité la gastrostomie.

II. — CAUSES THORACIQUES

Aux indications énumérées dans la région précédente viennent s'ajouter le thymus, les lésions primitives de la trachée, les anévrysmes aortiques.

1° *Corps thyroïde*

Le corps thyroïde peut donner un goitre endothoracique ou goitre plongeant. De même, on observe des cancers plongeants du corps thyroïde. Les indications sont les mêmes que pour la région cervicale.

2° *Thymus*

La persistance de cette glande est fréquente. Les grands traités ne parlent pas de compression de l'œsophage en pareil cas, mais des tumeurs malignes peuvent en donner.

3° *Tumeurs du médiastin*

Souligoux (Le Dentu-Delbet, tome 22) déclare que la dysphagie est assez rare dans les tumeurs solides du médiastin et semble en rapport souvent avec des irritations nerveuses.

Rotschy a réuni 52 cas de sarcomes médiastinaux avec 8 compressions de l'œsophage, 2 perforations et 1 cas de propagation (page 193, *in Nino Samaja*).

Nous ne connaissons pas de cas ayant nécessité la gastrostomie.

4° *Trachée-Bronches*

Les tumeurs de ces organes sont le plus souvent secondaires à celles de l'œsophage. Les lésions primitives malignes de la trachée sont rares, mais commencent à être mieux connues depuis que nous pou-

vons voir directement dans ces conduits (Guisez, Congrès d'O. R. L., mai 1911). Le premier cas est dû à Langhans, qui le décrivit en 1871. En 1907, le Docteur Nager dit n'en connaître que 38 cas, et, en 1910, Berens (de New-York), 30 cas. Guisez, sur 650 œsophagoscopies, a vu quatre cancers secondaires de l'œsophage, dont un consécutif au larynx, deux à la trachée, un à une tumeur de l'estomac. Les lésions des premières voies respiratoires donnent surtout de la dyspnée et nécessitent la trachéotomie avant d'avoir leur répercussion sur l'œsophage.

5° *Aorte*

La dysphagie due à une compression de l'œsophage par un anévrysme aortique est suffisamment fréquente pour que les classiques décrivent une forme dysphagique de cette affection où elle peut être le symptôme dominant. Pour Milanoff, elle existerait dans 20 % des cas. Garel, en 1907, leur a consacré une étude importante. On constate une salivation continuelle exagérée, des régurgitations, des vomissements et un amaigrissement rapide.

Les anévrysmes de l'aorte siègent principalement dans la région inféro-concave de la crosse et compriment en arrière l'œsophage. Ils peuvent se rencontrer aussi dans la région diaphragmatique, que l'on oublie souvent à l'examen radioscopique, comme dans le cas suivant.

L'œsophagoscopie doit être faite avec prudence dans les cas d'ectasie aortique; on doit toujours maintenir le tube à une certaine distance de la paroi congestionnée, soulevée et animée de battements par l'anévrysme. Garel, Sargnon entre autres, ont insisté sur ce fait *que toute tentative de cathétérisme, de sondage, qui pourrait provoquer une hémorragie fatale doit être proscrite*. Boinet a rapporté un cas de mort immédiate.

En général, les liquides peuvent passer, mais les troubles de la déglutition peuvent être très graves, le spasme se surajoutant à une sténose faible. Dans ce cas, la gastrostomie trouve son application immédiate avant que la cachexie ne se soit installée chez le malade. De plus, elle diminue la sialorrhée, supprime le spasme et l'irritation de l'anévrysme.

OBSERVATION II

(BÉRARD)

Sténose de l'œsophage par ectasie de la crosse de l'aorte Gastrostomie

Femme de 58 ans, soignée pour lésion de l'orifice aortique depuis deux ans, par son médecin qui l'envoie à M. Bérard en novembre 1921 pour troubles dysphagiques qui sont rapportés à un néoplasme de l'œsophage, hypothèse d'autant plus vraisemblable que la malade a beaucoup maigri et qu'elle présente une paralysie récurrentielle gauche avec voix bitonale.

L'examen radioscopique montre une ectasie considérable de la crosse de l'aorte. Après absorption de bouillie bismuthée, on constate que le calibre de l'œsophage à ce niveau est

considérablement réduit et atteint à peine les dimensions d'une plume d'oie. La dysphagie devient extrêmement douloureuse, avec des phénomènes spasmodiques tels que certains jours elle ne peut avaler une goutte de liquide et qu'elle redoute toute déglutition. On n'ose pas tenter l'œsophagoscopie, mais il n'y a, par ailleurs, aucun signe de néoplasme.

Les antispasmodiques et anesthésiques locaux n'ayant pas amélioré la situation, une gastrostomie d'urgence sous anesthésie locale est faite le 3 décembre 1921. Suites simples. Alimentation facile par la sonde. Amélioration considérable rapide. Cessation des douleurs et du spasme, au point que l'alimentation par la bouche peut être reprise.

La malade quitte la maison de santé le 15 décembre et donne de ses nouvelles encore pendant deux mois.

OBSERVATION III

(In Thèse ROBERT)

Sténose de l'œsophage par éctasie de la portion ascendante de l'aorte. Gastrostomie.

C..., 70 ans, entrée le 27 février 1912. Pas de spécificité, éthyliste. L'affection actuelle a débuté en juillet dernier par des maux de gorge. En septembre, le malade fut fort surpris un jour de ne plus pouvoir avaler les mets solides. Il a perdu depuis 32 kilos. A son entrée à l'hôpital, l'état général paraît encore satisfaisant. L'exploration de la région cervicale fait découvrir de gros ganglions un peu douloureux, surtout marqués du côté droit, en arrière de l'os hyoïde. A l'inspection, rien d'anormal. La percussion ne révèle pas d'élargissement de la matité aortique. Il y a un retard du pouls du côté gauche, mais pas d'autres signes d'éctasie à l'auscultation ou à la palpation. Pas de signe d'adénopathie médiastinale.

Le cathétérisme, pratiqué par un médecin de Genève, a révélé un rétrécissement à 20 cm de l'arcade dentaire. La sonde a ramené un peu de sang. Voix rauque, parfois bito-

nale. Rien aux plèvres et aux poumons. Au cœur, les bruits sont sourds et lointains. Le foie paraît petit ; il n'y a jamais eu d'ictère. Artères athéromateuses, dures, irrégulières. Pouls difficilement perçu. La radioscopie montre un anévrysme de la portion ascendante de l'aorte.

31 janvier, intervention sous anesthésie locale par le procédé de Fontan.

5 février, état général excellent, pas de fièvre.

OBSERVATION IV

(In Thèse ROBERT)

Rétrécissement de l'œsophage par anévrysme de l'aorte diaphragmatique. Mort par ouverture de l'anévrysme dans l'œsophage.

F..., 50 ans, entrée le 21 mars 1922 à Sainte-Elisabeth, dans le service de M. le Professeur Bérard.

30 octobre 1908, premier séjour à l'hôpital dans le service de M. le Professeur Roque. Le malade, dont la femme est morte de bacillose, entre à l'hôpital pour des troubles pulmonaires. Rien de bien grave au poumon, rien au cœur, rien à l'estomac.

14 mars 1912, nouveau séjour à l'hôpital pour une toux sèche, fréquente, qui ne semble pas causée par de graves lésions pulmonaires. La voix est éraillée. Le malade présente, en outre, des vomissements du type œsophagien. Il ne s'alimente plus, est beaucoup affaibli.

Une première radioscopie est négative. M. Sargnon pratique l'œsophagoscopie le 15 mars. Il a une grande difficulté à vaincre le spasme supérieur qui siège au niveau de la bouche de l'œsophage et celui qui correspond à la crosse aortique. La paroi œsophagienne est le siège de battements transmis. Au-dessous de ce rétrécissement, on tombe dans une vaste poche à la limite inférieure de laquelle se voit un nouveau rétrécissement siégeant à 38 cm de l'arcade dentaire.

16 mars 1912. A la radioscopie, pas d'anévrysme de la crosse.

A l'examen à la sonde, le rétrécissement est infranchissable, même pour la bougie la plus petite. On a des spasmes à différentes hauteurs.

22 mars. Gastrostomie par le procédé de Fontan. Le foie, débordant un peu, oblige à faire l'incision plus bas que d'habitude. Mort du malade par syncope dans la nuit du 24 au 25 mars.

26 mars. Autopsie. Estomac plein de sang. A l'ouverture du péricarde, on trouve de la péricardite récente et, au-dessous de la pointe du cœur, une masse du volume du poing, refoulant le feuillet postérieur du péricarde, si bien qu'on se demande si cette tumeur d'aspect kystique n'est pas intrapéricardite. En réalité, on trouve un énorme anévrysme de la portion inférieure de l'aorte thoracique, ouvert dans la partie inférieure de l'œsophage. L'ulcération œsophagienne a bien les dimensions d'une pièce de 2 francs.

III. — CAUSES ABDOMINALES

Dans l'abdomen, une ectasie aortique, une tumeur de l'estomac, une tumeur du foie peut comprimer l'œsophage. Nous ne connaissons pas de cas ayant nécessité la gastrostomie. Nous rapportons une observation de compression de l'œsophage par une tumeur ganglionnaire.

OBSERVATION V

(CADE, MORENAS)

Cancer de l'œsophage chez un sujet de 29 ans atteint de méga-œsophage. (Lyon Médical, 25 juin 1921.)

P... Camille, 29 ans, entre à l'hôpital le 3 janvier 1921.

Il se plaint de douleurs dorso-lombaires et sciatiques ainsi que d'une légère dysphagie, sans douleur à la déglutition, ni salivation, ni vomissement. La radioscopie montre une énorme poche œsophagienne de forme cylindrique avec rétrécissement au niveau de l'orifice diaphragmatique et une seconde poche plus petite sus-cardiaque. On pratique chez ce malade un lavage simple de la poche œsophagienne. Au bout de 36 heures, il présente un point de côté violent avec fièvre, dyspnée, et meurt rapidement.

A l'autopsie, foyer de gangrène pulmonaire du lobe inférieur droit communiquant, par une fistule, avec l'œsophage. Ce dernier est lui-même le siège d'un néo dont l'examen histologique a montré le type ectodermique à globes cornés. *La portion sous-jacente de l'œsophage présente une dilatation suivie d'une sténose juxta cardiaque due à la compression exercée par une tumeur ganglionnaire adhérente.*

B.— Causes intrinsèques.

Les lésions intrinsèques pharyngo-œsophagiennes pouvant amener une dysphagie grave sont d'origine traumatique ou inflammatoire et cicatricielle (Nous rangeons dans ce cas les sténoses congénitales) ou nerveuse (spasmes avec dilation secondaire) ou néoplasique.

I. — STÉNOSES TRAUMATIQUES

Elles sont de causes externes ou internes.

1° Causes externes

Cette indication est exceptionnelle. Les blessés sont voués à la médiastinite septique fatale si par hasard un viscère (plèvre, poumon, péricarde) ou un gros vaisseau (aorte) n'a point été touché, comme c'est le cas dans les ruptures de l'œsophage.

Nous n'avons relevé, au cours de la guerre, qu'une gastrostomie d'urgence chez un multiblessé.

OBSERVATION VI

(G. Léo)

Paris Chir., mars-avril 1919.

I... blessé le 6 septembre 1914 à Barcy. Reste sur le terrain deux jours et deux nuits, sans soins, ni nourriture. Relevé le 8 septembre 1914 par des brancardiers. Pansement sommaire. Evacué à Evreux. MM. Guerrier, Moutier constatent : 1° une plaie par balle, avec entrée sous l'épine de l'omoplate, et sortie au niveau de la clavicule, du même côté, avec a) fracture de l'omoplate ; b) fracture suppurée de la clavicule du même côté.

2° un long trajet facial et cervical, constitué par : a) une plaie verticale de la joue et de la lèvre supérieure à droite ;

b) perte de 1 cm de la pointe de la langue; c) une fracture complète esquilleuse, du maxillaire supérieur, sur la ligne médiane; d) un arrachement d'un seul tenant de la lèvre inférieure, du menton et de la région sus-hyoïdienne gauche; e) la fracture du maxillaire inférieur est au centre de la plaie. La langue lésée pend, inerte, sur la peau du cou, près de l'os hyoïde; suppuration abondante et fétide, avec odeur du sphacèle des plaies des parties molles et de la fracture claviculaire; f) légère hémoptysie.

Etat général extrêmement grave. Température élevée, pouls rapide et faible. Inanition. Résorption septique. Ecoulement continu de pus et de salive par la plaie cervico-maxillaire.

Gastrostomie 12 septembre 1914. *Sans déplacer le blessé de son lit, auprès duquel le chirurgien s'agenouille*, une anesthésie locale à la cocaïne permet d'inciser la paroi, de ramener l'estomac rétracté dans l'incision, de le suturer aux muscles et à la peau, d'y introduire une sonde Nélaton, fixée aussi à la peau, pour un jour ou deux, et *de verser de suite du lait dans cet estomac, vide depuis six jours*.

Au bout de huit jours, la vie n'était plus menacée, et la chute des parties molles sphacélées laissait apparaître des bourgeons, encore pâles, mais de plus en plus vivants, à mesure que la température baissait et que la suppuration diminuait. Le bourgeonnement et l'asepsie de la plaie bucco-cervicale permirent de commencer la réparation des parties molles.

Le 17 mars 1915, fermeture sous anesthésie générale de la bouche gastrique qui a fonctionné pendant cinq mois.

Le blessé pesait : le 25 mars 1915, 56 kilos; le 25 avril, 60 kilos; le 15 juin, 62 kilos; le 1^{er} septembre, 68 kilos.

L'opéré, revu en mars 1919, a repris ses occupations très absorbantes d'avant guerre.

M G. Léo insiste sur ce fait qu'il aurait redouté que les contractions pharyngées, dues à l'introduction de la sonde et à son contact avec le pharynx, ne mettent l'orifice laryngé à un contact ou au voisinage de cette

sonde, infectée par son passage dans l'ex-bouche du sujet et ne le contamine. Il déclare en outre, « à égalité d'efficacité de la sonde œsophagienne et de la bouche gastrique, pourquoi un chirurgien ne choisirait-il pas la bouche gastrique, si inoffensive, si sûre ? »

2° Causes internes

Les corps étrangers de l'œsophage provoquent le spasme de cet organe et peuvent arriver à le perforer. Il faut donc toujours les extraire (Terrier). Moure et Got ont signalé cinq cas de mort et Sargnon quatre à cause de la longue durée de l'enclavement.

Pour pratiquer cette extraction, plusieurs moyens s'offrent à nous. Les rayons X et l'œsophagoscopie nous permettent actuellement de préciser l'intervention nécessaire par chaque cas particulier. Elles nous permettent en effet de préciser la position et la forme du corps étranger, par exemple d'indiquer si une épingle est ouverte ou fermée, et dans quel sens. Henrard et Goris fils, de Bruxelles, ont, ces dernières années, pratiqué des extractions à la pince sous le contrôle de la radioscopie pendant l'intervention. L'œsophagoscopie est plus couramment employée parce que plus pratique, et même permet de contrôler des objets non visibles à la radio.

Le panier de Graefe, qu'il est impossible quelquefois de retirer (Le Dentu, Lejars, Guisez) est un instrument à ne plus employer. L'extraction par la voie buccale se fait avec diverses pinces et avec le crochet de Kirmisson, dans le cas de corps étrangers ronds et plats.

L'extraction par voie haute ou le refoulement dans l'estomac, après section ou broiement du corps étranger, est une bonne méthode, si ce dernier n'est pas trop pointu et récemment fixé.

Sargnon utilise très souvent le désenclavement cocaïnique et, par ce procédé, arrive à désenclaver 50 % des corps étrangers de l'œsophage. On passe dans celui-ci, le malade étant assis comme pour un cathétérisme, une tige métallique flexible, entourée à son extrémité de coton imbibé légèrement de cocaïne au 1/20. On ne force pas, on maintient seulement la tige au contact de l'organe. L'anesthésie fait céder le spasme et le corps étranger tombe de lui-même.

L'œsophagoscopie est souvent impossible lorsque le corps étranger se trouve dans l'œsophage depuis plusieurs jours. La muqueuse est infectée. On peut craindre des perforations ou des hémorragies comme dans la malade suivante du Docteur Sargnon.

OBSERVATION VII

(SARGNON)

Hémorragies dues à l'œsophagoscopie.

Une femme adulte avait avalé depuis dix jours un débris d'os logé à la partie thoracique inférieure. La malade, fébrile, infectée au moment où Sargnon veut faire l'œsophagoscopie, a une hémorragie formidable qui se répète tous les jours mais moins intense. Les liquides passent encore. La malade va mieux, veut rentrer chez elle. Nous en avons de bonnes nouvelles huit jours après. Huit jours plus tard elle meurt brusquement.

Dans ce cas, il serait peut-être utile de mettre l'organe au repos par la gastrostomie, quitte à pratiquer l'œsophagoscopie ultérieurement.

L'œsophagostomie externe permet l'exploration de l'œsophage jusqu'à la 8^e dorsale. Elle est indiquée pour les corps étrangers dont le volume ou l'irrégularité permettrait de redouter la dilacération du tube digestif. On a été parfois dans l'impossibilité de placer une sonde à demeure après l'opération pour alimenter le malade. Gangolphe (Le Dentu-Delbet, tome 18), dans ce cas, préconise la gastrostomie préventive.

Richardson, en 1886, pour les corps étrangers bas situés, proposa et fit la gastrostomie. Elle permet de remonter à 7 cm. 5 au-dessus du cardia, mais elle peut échouer. Dans ce cas, on fait la gastrostomie, qui permet l'alimentation et supprime le spasme. Le corps étranger tombe dans l'estomac. Cette chute ne se produisant pas, on a essayé, dans quelques rares cas, l'œsophagoscopie rétrograde ; la recherche est difficile.

OBSERVATION VIII

(GAREL, SIRAUD, SARGNON)

Femme de 38 ans ayant avalé un dentier, sans crochet, qui s'est fixé au cardia, provoquant un spasme de l'œsophage tel que l'alimentation est impossible. L'œsophagoscopie ne peut être pratiquée. M. Siraud fait une gastrostomie. Le dentier reste fixé. On décide l'extraction par voie stomacale, mais le pourtour de la fistule gastrique est enflammé. On remet l'opération à plus tard. La veille du jour où elle devait avoir lieu, la malade rapporte le corps étranger qu'elle a rendu dans les selles 48 jours après l'accident.

II. — STÉNOSES INFLAMMATOIRES ET CICATRICIELLES

Elles ont pour causes : l'ulcère, la tuberculose, la syphilis, le muguet de l'œsophage, mais surtout les brûlures de cet organe. Nous rangeons ici les sténoses congénitales.

1° *Ulcères de l'œsophage*

Les ulcères à la période aiguë et même chronique peuvent déterminer un spasme de l'œsophage nécessitant parfois une gastrostomie qui met l'organe au repos et permet la cicatrisation de la lésion. Bérard et Sargnon ont maintes fois constaté que la dilatation est mal supportée. Montprofit a pratiqué une fois la gastrostomie.

OBSERVATION IX —

(ROQUE, SARGNON)

Ulcère peptique de la région du cardia.

(Communication faite au Congrès de la Société française d'O. R. L., 1912.)

Jeune homme de 22 ans, atteint de troubles digestifs jusqu'à l'âge de 16 ans, puis de troubles gastriques revêtant nettement les caractères de l'hyperchlorhydrie, avec hématomèses depuis deux ans. Depuis un mois, cessation des douleurs, mais dysphagie progressive très marquée avec arrêt à la partie inférieure de l'œsophage et régurgitation. L'eau passe même difficilement ; perte des forces ; amaigrissement extrême. Gastrostomie sous cocaïne par Bérard, et, quinze jours après, œsophagoscopie rétrograde très facile qui montre au niveau du cardia une zone saignotante ; en pénétrant dans l'œsophage, on voit en arrière une cicatrice blanchâtre très nette. A cause de la faiblesse du malade, nous ne pratiquons pas l'œsophagoscopie haute. Une grosse bougie est

arrêtée à 41 cm ; une bougie moyenne passe ; dilatation lente. Le malade engraisse depuis la gastrostomie, mais deux mois après il remaigrit, prend de la diarrhée ; du sang dans les selles. Nous pensons qu'il s'agit là d'un ulcère peptique du cardia, en partie ulcéré, en partie cicatriciel.

2° Tuberculose de l'œsophage

Elle donne rarement lieu à des sténoses très serrées ; cependant Selenkow a pratiqué une fois la gastrostomie

3° Syphilis de l'œsophage

La syphilis toujours tertiaire est plus rare encore. Bérard et Sargnon ont observé, chez une femme adulte, une sténose syphilitique tertiaire du larynx et du pharynx inférieur, pour lesquels on fit une trachéotomie et une gastrostomie. La malade est morte de trachéo-bronchite purulente au cours de la dilatation rétrograde trachéo-buccale.

4° Muguet

Observé deux fois par Sargnon, il est justiciable de la sonde. Il s'agit d'ailleurs de malades très graves.

5° Ingestion de liquides caustiques

C'est l'indication la plus fréquente. F. Haberlin (Presse Méd., 30 mars 1921) préconise la méthode de Roux, consistant en la mise en place immédiate d'une sonde à demeure. Elle permet de laver précocement l'estomac, de prévenir la formation d'un rétrécissement fibreux, d'alimenter le malade. Haberlin déclare avoir eu six succès. On peut craindre la perforation de l'œsophage. Cependant, cette méthode peut rendre des services dans les cas graves.

Les chirurgiens préférèrent alors la gastrostomie et, en particulier M. Sencert, qui a écrit le 10 août 1921 à Cristofle (Thèse 1921, Lyon) : « J'ai une assez grande expérience de la gastrostomie temporaire dans le traitement des rétrécissements de l'œsophage; c'est une opération extrêmement simple qu'on fait très facilement sous l'anesthésie locale, et qui donne, en cas de rétrécissement de l'œsophage; un accès facile sur le cardia et sur l'extrémité inférieure du rétrécissement. La bénignité de cette opération m'engage à la recommander d'emblée dans les brûlures tant soit peu sérieuses de l'œsophage. »

La plaie, en se cicatrisant, provoque une sténose secondaire. Pour atténuer celle-ci, on doit tout d'abord essayer la dilatation simple avec les bougies de Bouchard. Guisez déclare (Presse Médicale, 3 décembre 1908) qu'il est toujours possible, sous le contrôle œsophagoscopique, de retrouver le petit pertuis à situation souvent excentrique, permettant la dilatation. Il rapporte 26 cas dont 6 gastrostomisés. La dilatation peut être faite aussi avec la sonde à air de Gottstein.

L'œsophagotomie interne, imaginée par Maisonneuve, peut être dangereuse. On doit faire une simple éraillure facilitant la dilatation pour ne pas perforer l'œsophage.

La gastrostomie, pratiquée de suite après la brûlure, outre ses avantages immédiats, permet alors 1° l'endoscopie rétrograde; 2° le cathétérisme rétrograde. Ce procédé a réussi d'emblée chez un malade observé par Vallas et Sargnon, où le cathétérisme

supérieur n'avait pu franchir une sténose cicatricielle chronique inférieure; 3° le passage du fil sans fin, pour la dilatation permanente rétrograde.

OBSERVATION X

(VIGNARD et SARGNON)

*Sténose œsophagienne cicatricielle (injection de potasse).
Gastrostomie : fil sans fin. (Revue de Chir., 10 août 1912.)*

Irma S..., cinq ans ; sténose cicatricielle médio-thoracique infranchissable (potasse). L'amaigrissement et l'état cachectique sont tels, que d'emblée M. Vignard pratique une gastrostomie d'urgence. On fait avaler, à la malade, un fil sans fin, puis dilatation caoutchoutée continue par voie rétrograde pendant trois mois. Au bout d'un mois, récurrence de la sténose, nouvelle dilatation caoutchoutée rétrograde, continuée avec le fil sans fin pendant un mois, puis dilatation intermittente par la voie haute. La gastrostomie était incontinente par suite d'un sphacèle de la paroi, à la suite de l'intervention chez cette malade alors très cachectique. Opération plastique de fermeture. Guérison complète.

OBSERVATION XI

(BÉRARD, SARGNON, ALAMARTINE)

*Sténose œsophagienne cicatricielle (ingestion de potasse),
Gastrostomie : fil sans fin. (Revue de Chir., 10 août 1912.)*

G... C., menuisier, 58 ans, entrée le 22 mars 1911, pour sténose cicatricielle (potasse); les liquides seuls passent.

24 avril 1911, dilatation simple, progressive. L'œsophagoscopie est pratiquée par M. Sargnon qui constate :

1° un spasme à l'entrée de l'œsophage ;

2° un premier passage cicatriciel à 18 mm des arcades dentaires, puis un deuxième rétrécissement cicatriciel membranoïde avec orifice latéral droit.

Le malade a perdu 20 kilos. Seule la sonde n° 8 passe.

8 juin, gastrostomie (Bérard), sous anesthésie générale, procédé de Fontan. Estomac petit, suites très simples.

15 juillet 1911. On passe un fil sans fin que le malade coupe avec les dents, trois jours après, en dormant. On installe de nouveau, avec difficulté, un double fil sans fin. Trois jours après, on commence la dilatation rétrograde, par le n° 10 jusqu'au n° 28, qui dure un mois. On continue la dilatation intermittente par des bougies plombées jusqu'au n° 38. Le 13 novembre 1911, le malade accepte bien tous les aliments en mâchant et en avalant lentement. Il est obligé de boire lentement. Il a repris 11 kilos.

Une œsophagoscopie pratiquée il y a quinze jours a montré un œsophage thoracique uniformément rétréci mais perméable, avec un anneau cicatriciel large au niveau du diaphragme. Comme d'ordinaire, l'orifice de la gastrostomie s'est refermé spontanément dès qu'on a cessé d'y introduire la sonde. La fistule a toujours été continente.

Fin mars 1912. Le malade peut être considéré comme guéri. Tous les 15 jours, on passe sans difficulté une bougie de Bouchard grosse comme le petit doigt. Alimentation parfaite.

Exceptionnellement, après échec des méthodes précédentes, Nové Josserand, Vignard et Sargnon préconisent l'œsophagostomie cervicale basse associée à la gastrostomie. Ils se rapprochent ainsi des lésions, pratiquent la dilatation permanente endoscopique par voie cervicale et le passage assez rapide du fil sans fin gastro-buccal.

A ce moment, ils laissent fermer la plaie d'œsophagostomie, et continuent la dilatation, comme chez un malade opéré simplement de gastrostomie.

OBSERVATION XII

(VIGNARD et SARGNON)

Sténose œsophagienne cicatricielle. Gastrostomie et œsophagostomie externe. (Revue de Chirurgie, 10 août 1912.)

Enfant âgé de 8 ans ayant avalé, le 16 septembre 1912, une gorgée d'eau de Javel. Un contrepoison a été administré immédiatement.

Quelques signes de sténose œsophagienne apparaissent aux environs du 8 octobre. On pratique la dilatation de l'œsophage pour prévenir l'aggravation de la sténose qui s'installe. A cette date, l'examen au tube de Killian révèle : un rétrécissement à l'entrée de l'œsophage ; un autre 3 cm au-dessous du premier ; un troisième de beaucoup le plus serré à la jonction du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur du sternum.

Le 22 octobre, le malade, qui avait été amélioré par la dilatation, revient considérablement amaigri avec une gêne absolue de la déglutition. La dilatation est impossible. M. Vignard, le 27 octobre, pratique la gastrostomie.

Devant l'impossibilité de placer un fil sans fin, l'œsophagostomie est pratiquée le 28 janvier 1909 sans conducteur œsophagien. Suites simples.

Au bout de quinze jours, par suite du ramollissement, un drain n° 15 peut descendre quelques centimètres au-dessous du bord supérieur du sternum. Le rétrécissement inférieur est franchi quinze jours après. On installe le fil sans fin. On dilate de la même façon le trajet bucco-cervical. Le 5 mai, on passe une longue sonde n° 28 de haut en bas dans tout le trajet bucco-œsophago-gastrique. Ces manœuvres, parfois longues, souvent hémorragiques, n'ont donné ni bronchite, ni phénomènes fébriles.

Passage du fil sans fin, dilatation caoutchoutée continue ; à un moment donné, ce malade a présenté de la périchondrite cricoïdienne avec légère suffocation ; pas de trachéotomie, guérison laryngée, guérison complète de l'œsophage. Mort trois mois après par gangrène pleuro-pulmonaire droite.

A l'autopsie, perméabilité de l'œsophage thoracique tota-

lement rétablie; adhérences de la plèvre, du poumon droit et de toute la poche gangréneuse à l'œsophage ; la lésion pleuro-pulmonaire avait été malheureusement prise pour de la tuberculose.

OBSERVATION XIII

(NOVÉ-JOSSERAND, SARGNON)

Sténoses cicatricielles graves

Castroscomie et œsophagostomie. (Rev. de Ch., 10 août 1912.)

M. T..., 9 ans 1/2. L'enfant a bu de la potasse il y a trois mois. Depuis huit jours il ne peut plus avaler de liquides ; gastroscomie.

Poids : 15 septembre 1908, 19 kg 2 ; 25 septembre, 22 kg 2 ; 25 octobre, 23 kg 2.

Les manœuvres endoscopiques œsophagiennes et gastriques répétées le 27 octobre, le 3, le 11, le 19 et le 26 novembre 1908, montrent une sténose sus-sternale et une sténose thoracique supérieure infranchissables. L'œsophagostomie interne est contre-indiquée par l'étendue du rétrécissement.

Pleurésie au début de décembre. A cause des phénomènes pleuro-pulmonaires dus à la dilatation, de l'incurabilité de la lésion par les voies naturelles, de la difficulté de la dilatation par voie buccale, nous proposons, après un mois ou deux de repos, une œsophagostomie cervicale basse qui nous permettra d'explorer la sténose à 5 mm environ de la stomie, et de faciliter ainsi la dilatation et d'éviter tous les inconvénients des œsophagoscopies hautes répétées..

Le 9 mars 1909, Nové-Josserand pratique l'œsophagostomie cervicale gauche en s'aidant d'une bougie olivaire pour repérer l'œsophage. Les suites opératoires immédiates sont parfaites.

La sonde introduite dans la fistule butait, les premiers jours, contre le rétrécissement sternal supérieur sans le franchir ; son maintien a ramolli progressivement la cicatrice, si bien qu'au bout de huit jours, sans endoscopie, on put gagner 8 cm de plus. L'enfant porte alors une sonde n° 18. Il part chez lui, son médecin le panse régulièrement pendant quinze jours, il rentre bientôt dans le service, sa sonde

n° 18 pénètre jusqu'au milieu du thorax. Quelques jours après, on endoscope l'œsophage thoracique par la fistule cervicale en position assise avec un tube de 7 mm de diamètre et on constate un rétrécissement très serré latéral droit qui, sous le contrôle de l'endoscope, se laisse franchir par une sonde en gomme n° 12. On laisse la sonde à demeure cinq jours et sans endoscopie, on la remplace par une sonde de Nélaton n° 15, puis trois jours après par une sonde n° 18 ; à ce moment, le contenu stomacal remonte très nettement par la sonde pour ressortir par la fistule cervicale. Mais, désirant essayer la dilatation simple de haut en bas par la fistule œsophagienne, sans employer d'emblée le fil sans fin, en essaye trois jours après de passer une sonde n° 25. A deux reprises, cette sonde se replie et remonte jusque dans la bouche, elle semble finalement passer mais il n'y a pas rejet du liquide stomacal ; la douleur a été minime, un peu de sang par les fistules gastriques et cervicales. Deux jours après, ablation de la sonde ; il s'agit d'une fausse introduction, la sonde s'est recourbée dans l'œsophage thoracique et l'on a beaucoup de peine à faire repasser dans l'estomac une bougie n° 12.

Pour éviter le retour de pareils accidents, on va à la recherche du bout gastrique de la sonde par gastroscopie inférieure d'abord ; le malade, à jeun depuis quatre heures, a encore son estomac plein de lait caillé que nous ne pouvons arriver à vider complètement, même avec la trompe à eau. Le doigt introduit dans la fistule gastrique arrive sur la sonde et finit péniblement par l'amener au dehors. On passe le fil sans fin ; une sonde n° 18 ne peut franchir le rétrécissement inférieur ; une sonde n° 12 passe sans difficulté ; on la laisse quatre jours en place ; au cours de la dilatation permanente, périchondrite laryngée avec suffocation, trachéotomie, guérison laryngée, rétablissement progressif du calibre de l'œsophage, finalement guérison, maintenue simplement par la dilatation très intermittente par voie haute.

28 avril 1920. Le malade va bien, il est soldat depuis le 15 avril 1918. Il mange de tout sans aucune peine. La voix est pleine, mais il ne peut chanter ; il est un peu essoufflé dans

la course prolongée. Immobilité de l'hémi-larynx gauche avec corde gauche atrophique un peu rouge. Le malade, en 1921, va très bien.

6° Sténoses congénitales

On peut diviser les sténoses congénitales en malformations : 1° bénignes ; 2° graves.

Dans les premières, dues le plus souvent à l'interposition d'une valvule, la dilatation est suffisante. Dans les secondes, l'œsophage est complètement obli-téré. La partie inférieure, dans la majorité des cas, communique avec la trachée ou les bronches (Sencert).

Steel, le premier, en 188, fit la gastrostomie sur un enfant de 24 heures, sans succès. La mort est fatale. L'opéré rejette toujours le lait par le bout inférieur de l'œsophage, déterminant ainsi la pneumonie de déglutition. De Villemin a conseillé de pousser la sonde dans le duodénum. Demoulin a préconisé la jéjunostomie.

OBSERVATION XIV

(CHATIN, LAROYENNE, SARGNON)

Sténose congénitale. (Revue de Chirurgie, 10 août 1912.)

Petit garçon ; dysphagie complète, sténose cicatricielle congénitale de l'œsophage thoracique, état trop grave pour permettre l'œsophagoscopie, gastrostomie ; mort quelques jours après avec vomissements et reflux biliaire.

A l'autopsie, sténoses multiples de l'œsophage, du pylore et de l'intestin grêle.

OBSERVATION XV

(SARGNON, VIGNARD)

Sténose congénitale. (Revue de Chirurgie, 10 août 1912.)

Nouveau-né ; impossibilité de l'alimentation, la sonde semble passer par intermittence, état asphyxique, gastro d'urgence, sans anesthésie aucune.

A l'autopsie, oblitération totale congénitale de l'œsophage, le segment inférieur de l'œsophage communiquait avec une bronche anormale.

III. — STÉNOSES NERVEUSES

Les sténoses nerveuses comprennent : 1° exceptionnellement des cas de paralysie grave, signalés par Guisez, et qui ne nécessitent pas la gastro. On fait un traitement général d'alimentation à la sonde ; 2° les spasmes aigus ; 3° les spasmes graves chroniques.

1° *Spasmes aigus*

Les spasmes aigus cèdent généralement à la thérapeutique générale ou à la thérapeutique locale de dilatation. En cas d'échec, on utilise le badigeonnage intra-œsophagien cocaïné. M. Sargnon, chez un malade atteint d'obstruction aiguë cardio-diaphragmatique, au cours d'un méga, a pu dilater la région après un badigeonnage diaphragmatique intra-œsophagien fait avec une tige cocaïnée. Depuis trois jours, le malade n'absorbait plus rien, les bougies ne passaient pas et le Professeur Jaboulay devait pratiquer une gastrostomie. Le malade vit toujours porteur de son méga et sans gastrostomie depuis dix ans.

2° *Spasmes graves chroniques*

Les spasmes graves de la bouche de l'œsophage accompagnent parfois les diverticules du pharynx inférieur. On peut employer prudemment la dilatation, car des perforations sont à craindre. Si le cathétérisme est impossible, la gastrostomie s'impose. Elle permet de relever l'état général du malade, la désinfection relative des voies digestives supérieures, et même ultérieurement l'invagination ou l'extirpation du diverticule.

OBSERVATION XVI

(BÉRARD, CHALIER, SARGNON)

Diverticule pharyngo-laryngé, léger bourgeonnement probablement non néoplasique. Gastrostomie.

P..., à C. (Rhône), 50 ans, a eu une fièvre typhoïde à 24 ans. Se plaint de l'œsophage depuis novembre 1921. Gêne progressive pour avaler, au niveau du cou. Pas de vomissement. Amaigrissement de 7 à 8 kg. M. Chaliér le fait entrer chez M. Bérard.

Gastrostomie le 18 février 1922, sous anesthésie locale. Procédé Fontan, suites simples.

Huit jours après, l'œsophagoscopie, pratiquée par M. Sargnon, montre un arrêt thoracique à 22 mm des arcades dentaires. Petite poche sus-jacente avec un petit bourgeon suspect. Ablation de ce bourgeon. L'examen histologique montre qu'il ne s'agit pas d'un néoplasme. Le 30 mars, le malade a repris 3 kgs. Il commence à s'alimenter. Le pain même passe. Toutes les sondes grosses et moyennes sont arrêtées à 22 cm.

Le 12 avril 1922, l'œsophage s'est rebouché, à la suite d'ingestion de riz déclare le malade. On l'alimente avec une sonde. La dysphagie cesse quelques jours plus tard.

Le 15^e mai, l'œsophage s'est rebouché depuis deux jours et débouché cette nuit. On peut passer une sonde.

L'examen radioscopique montre l'arrêt du bismuth dans une poche dont la limite inférieure affleure les articulations sterno-claviculaires. On voit le bismuth tomber dans la poche et en même temps dans l'œsophage.

Les spasmes intenses de la région cardiodiaphragmatique (phréno-spasme de Chevallier Jackson) amènent à la longue des dilatations chroniques de l'œsophage ; c'est le mégaoesophage très étudié depuis quelques années par MM. Bard, Guisez, Sargnon (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 mars 1921).

Ces cas, lorsque l'alimentation est impossible, sont justiciables de la gastrostomie d'extrême urgence. Cette opération, qui permet de relever l'état général du malade, diminue le spasme et facilite les manœuvres de dilatation.

OBSERVATION XVII

(BÉRARD, SARGNON)

Mégaoesophage, gastrostomie, dilatation du cardia.

D... Marie, 45 ans, entrée le 15 octobre 1920, salle Lumière. Comme antécédents personnels, on relève des adénites bacillaires cervicales et un abcès froid costal. Pas de spécificité.

L'affection actuelle a début par des brûlures médio-thoraciques il y a cinq ans, puis de la dysphagie. (La malade n'a jamais avalé de liquide caustique.) Quelques temps après, vomissements, environ plein un bol, toute de suite après les repas. Des cathétérismes ont amélioré, les premiers temps seulement, la dysphagie. Cette dernière devenue complète, la malade est opérée dans le service de M. Souligoux le 22 mars 1916. Gastrostomie. L'orifice est sur la ligne médiane, la muqueuse stomacale est accolée à la peau qui est rouge autour. La fistule est incontinente.

18 octobre 1920. La radioscopie montre que le bismuth ingéré s'arrête au niveau du diaphragme, dans une dilatation sus-stricturale.

20 octobre 1920, le Docteur Sargnon pratique la dilatation progressive de l'œsophage. Il arrive au n° 27.

26 octobre 1920. La radioscopie faite après dilatation, c'est-à-dire après élargissement du cardia, montre un œsophage thoracique dilaté sur 20 cm environ, avec 4 cm de dilatation bismuthée. Il y a, au niveau de la région cardio-diaphragmatique, un collet de rétrécissement mesurant 1 cm de large à cause de la dilatation faite un instant avant. La malade ne vomit pas son bismuth.

4 novembre 1920. On mesure la distance exacte du cardia, avec une bougie de Bouchard, pour permettre l'introduction de la sonde à air. On trouve 48 cm, mais l'arrêt étant mal marqué, on compte sur 47. Dilatation avec la sonde à air. La malade avale bien, sans douleur, mais se plaint de sa fistule gastrique incontinente.

20 novembre 1920, fermeture de la fistule gastrique sous anesthésie générale à l'éther. Incision verticale, dissection du cône stomacal adhérent, sans entrer dans le péritoine. Suture à la base du cône, résection du sommet et suture musculaire.

9 décembre 1920. La malade quitte l'hôpital. Elle avale bien, même les solides ; pas de douleur.

IV. — STÉNOSES NÉOPLASIQUES

Nous avons à considérer les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes.

1° *Tumeurs bénignes*

Les polypes de l'œsophage amènent rarement une dysphagie grave. La gastrostomie n'est pas indiquée, sauf dans les cas très rares : 1° où il y a urgence absolue à alimenter le malade ; 2° où il existe une tumeur maligne sous-jacente.

OBSERVATION XVIII

(GAYET)

Polype de l'œsophage. (« Lyon Médical », 19 mars 1911)

M... Marie, âgée de 75 ans, présente dès sa jeunesse un goître qui aurait rétrocedé. Il y a un an, cette tumeur se met à grossir, mais elle ne gêne nullement la malade, et c'est uniquement pour des troubles digestifs, vomissements et dysphagie progressive et pour son amaigrissement, qu'elle rentre le 14 septembre 1910 dans le service du Docteur Gayet. A l'entrée, on constate l'existence d'une tumeur thyroïdienne développée aux dépens du lobe médian. Elle est parfaitement mobile par rapport aux plans sus et sous-jacents. Elle est cependant entraînée dans les mouvements de déglutition. Au point de vue fonctionnel, on note une légère tachycardie : 128 à la minute sans arythmie. Pas de tremblement. Enophtalmie et non exophtalmie. Pas de dyspnée, pas de troubles de la phonation.

Mais avant tout on est frappé de la cachexie et de la faiblesse de la malade. Celle-ci ne s'alimente plus que très difficilement. Les liquides eux-mêmes, par moment, ne peuvent passer. Il s'agit donc bien de vomissements œsophagiens où le spasme entre pour une grande part, étant donné leur variabilité.

Le 20 septembre, la malade est radioscopée. Un cachet de bismuth s'arrête au cardia, essaye plusieurs fois de franchir l'obstacle et finalement tombe dans l'estomac. M. Barjon conclut à un spasme du cardia.

Le 27 septembre, la malade ne pouvant plus rien prendre, on lui place une sonde à demeure à l'intérieur de l'œsophage.

Le 28, la malade meurt subitement.

A l'autopsie, on trouve à l'intérieur de l'œsophage, dans le segment immédiatement sus-cardiaque, un polype de la grosseur et de la forme d'une petite amande. Avant l'ouverture du canal, ce polype roule librement sous le doigt. Après cette ouverture, il apparaît relié à la muqueuse par un petit pédicule d'aspect conjonctif. Il n'existe aucune autre lésion de l'œsophage, et, à part le goître signalé plus haut, on ne

constate aucune autre lésion organique importante. L'examen histologique du polype a montré qu'il s'agissait d'un myome. Quant au fragment du goître envoyé aussi au laboratoire, son état de putréfaction au moment du prélèvement n'a pas permis d'affirmer sa nature.

OBSERVATION XIX

(BÉRARD, PIC, SARGNON)

Polype de l'œsophage et néoplasme concomittent
(« Lyon Médical », 14 avril 1912)

M..., 43 ans, entré le 5 janvier 1912. Pas d'antécédents héréditaires à signaler. L'affection actuelle a débuté au mois de mars 1911 par des vomissements glaireux accompagnés de douleurs épigastriques. A partir du mois de juin, survinrent des vomissements alimentaires immédiatement après l'ingestion. Le malade se cachectise. Il est entré il y a un mois dans le service de M. Pic. M. Sargnon a fait l'œsophagoscopie et trouvé un polype de l'œsophage thoracique supérieur qu'il a extirpé. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un polype muqueux.

Depuis mercredi 3 janvier, le malade présente une dysphagie presque absolue et des vomissements. Il a perdu depuis un mois 3 kilos.

11 janvier : Gastrostomie par le procédé Fontan, sous anesthésie locale.

Mort cinq jours après par dyspnée brusque, alors que le malade commençait à se remonter.

A l'autopsie, on trouve un très gros néoplasme ulcéré, au niveau du cardia et de la petite courbure, séparé du polype enlevé par 10 cm. de tissu sain.

2° Tumeurs malignes

Les tumeurs malignes de l'œsophage sont des sarcomes (très rares) et des épithéliomas. La gastrostomie a surtout été utilisée pour ces derniers. Elle a été aban-

donnée un moment à cause des accidents et des morts post-opératoires. Mais depuis le procédé valvulaire de Fontan et l'emploi courant de l'anesthésie locale, la gastrostomie est préconisée de nouveau par les chirurgiens. Ils l'emploient, soit d'extrême urgence, quand la dysphagie est telle que les liquides même ne passent plus, soit d'urgence moyenne quand les liquides passent encore, bien que le malade s'amaigrisse progressivement. Dans le deuxième cas seulement les résultats sont bons.

La gastrostomie est utile pour permettre l'alimentation pendant la durée d'application du radium. Les mauvais résultats de ce dernier ont diminué ses indications, la partie inférieure de la tumeur étant difficile à irradier.

Les opérations pour cure radicale sont suivies de désastres et par conséquent ne sont pas encore entrées dans la pratique courante.

OBSERVATION XX

Néoplasme du pharynx, du larynx et de la base de la langue

P... Louis, 48 ans, salle Saint-Sacerdos. Entré le 19 septembre 1921. Antécédents personnels : éthylisme, tabagisme, chancre de la verge, à 20 ans, ayant duré 1 mois; n'aurait pas eu d'accidents secondaires, deux enfants bien portants, un mort de rougeole.

Il y a 2 ans, à la suite d'une grippe, le malade aurait conservé une douleur siégeant dans l'angle du maxillaire inférieur et au niveau du conduit auditif interne. Puis brûlures à la déglutition des liquides.

Il y a 6 mois, il eut subitement une hémorragie buccale de la valeur d'un bol de sang. En même temps, l'otalgie allait

en croissant. Envoyé chez M. Patel, on lui fit un curage ganglionnaire de la région carotidienne des 2 côtés.

Au *laryngoscope*, le Docteur Sargnon trouve un néoplasme pharyngo-laryngé gauche avec diminution de la mobilité de la corde vocale gauche et induration de la base de la langue des deux côtés, peut-être plus à droite.

Le 23 septembre 1921, le Docteur Santy (anesthésie à l'éther) ouvre la loge sous-maxillaire du côté droit, trouve une masse adhérente au paquet vasculo-nerveux dans laquelle il place 2 aiguilles de radium, 6 autres sont logées à la base de la langue.

Il revient le 17 octobre 1921 très soulagé. Au niveau du néoplasme de la base de la langue, zone indurée, infiltrée, mais indolore. La langue s'est mobilisée, la zone suspecte s'est réduite. De même pour la région ganglionnaire cervicale dans laquelle les aiguilles avaient été introduites. Du côté gauche, ablation ganglionnaire incomplète parce que la masse était adhérente aux vaisseaux et c'est dans cette masse qu'on avait introduit le radium.

Il revient le 20 février 1922. Ulcération cratériforme de la base de la langue et de la gouttière pharyngo-laryngée. Lésions très avancées qui contrastent avec la tolérance fonctionnelle du malade.

Le 10 avril 1922 : Phénomènes douloureux rétro-auriculaires. Cachexie. Masses latérales rétro-maxillaires gauches assez importantes.

Le 9 juin 1922 : Le malade revient parce que :

1° La respiration est considérablement gênée, il respire avec difficulté et présente des accès dyspnéiques surtout quand il se lève ;

2° Il se plaint de dysphagie, aucun aliment ne passe, cette dysphagie n'est pas douloureuse ;

3° Troubles de la voix, qui est faible, indistincte, aucune hémorragie depuis son dernier séjour.

Gastrostomie le 10 juin, sous anesthésie locale chez un malade très cachectique. Décès dans la nuit du 10 au 11.

OBSERVATION XXI

(BÉRARD, SARGNON, SOUCHON)

*Néo-œsophagien, gastrostomie, paralysie récurrentielle
bilatérale, dyspnée, trachéotomie*

(Compte rendu Société Médicale, 1911)

C... Rien à signaler dans les antécédents, sauf un frère mort de phtisie galopante et une sœur morte à 5 ans d'affection thoracique, de nature inconnue.

Antécédents personnels : spécificité possible; a eu un chancre, au régiment, sans accidents secondaires. A eu un enfant bien portant, une fille morte de bronchite à 3 ans. Forte angine de poitrine en 1907 et février 1910. Ethylisme, tabagisme.

La radioscopie par le Docteur Arcelin (11 novembre 1920), montre une sténose. Le Docteur Souchon, de Nîmes, le voit le 27 novembre et constate une dysphonie datant de 15 jours; arythénoïdes un peu infiltrés, grosses bandes ventriculaires, laryngite des cordes, mais mobilité bonne. Il a pris froid et maigrit depuis 15 jours. Nous l'examinons et constatons, quelques jours après, des cordes rougeâtres, un léger épaississement interarythénoïdien, un larynx oblique avec corde vocale droite paraissant peu ou pas mobile. L'abduction de la corde gauche paraît également très diminuée. Un peu de gêne respiratoire la nuit depuis les troubles de la voix. La dysphagie pour les solides est complète. Les solides et les demi-liquides passent lentement avec arrêt claviculaire.

L'œsophagoscopie en position assise montre une infiltration diffuse sans ulcération ni bourgeon débutant à 20 centimètres des arcades dentaires supérieures, puis à 3 centimètres au-dessous il y a un bourgeon ulcéré antérieur et latéral gauche avec infiltration de toute la muqueuse.

Début décembre 1920 : Gastrostomie par MM. Bérard et Sargnon sous cocaïne avec un peu d'éther lors du temps péritonéal, mais très prudemment à la reine, car la respiration devient vite bruyante, stertoreuse, par suite de la paralysie récurrentielle. La paroi abdominale est épaissie. On attire l'estomac par l'épiploon. Estomac haut placé, procédé de Fontan, suites bonnes, sauf toux légère et quelques sibilances le quatrième et cinquième jour.

18 décembre : bonne voix, nettement bitonale. L'examen laryngé montre un larynx qui paraît moins oblique. L'épaississement est très diminué, presque nul; paralysie récurrentielle nette D avec corde en position juxta-médiane; abduction incomplète de la corde vocale gauche. Le malade respire assez bien. On ne fait pas de radium, la maladie étant trop avancée. Il rentre chez lui et des lettres successives indiquent qu'au début de février il a eu quelques accès de suffocation pendant quelques minutes.

Le 18 fév., les Doct. Souchon et Julien font une trachéotomie d'urgence pour spasme glottique, par paralysie récurrentielle. Le 4 mars une lettre du Docteur Julien indique que le malade va bien. La canule trachéale et la bouche gastrique fonctionnent bien. Un peu de gêne rétro-sternale, quelques légères hémoptysies tous les deux ou trois jours avec caillots de la grosseur d'une noisette. Mort 31 mai. La femme du malade raconte que ce dernier a eu, en mai, des hémorragies par la canule, qui sont allées progressivement. Gêne respiratoire progressive. Envahissement probable de la trachée; crises de suffocation.

OBSERVATION XXII

(BÉRARD, SARGNON)

Néoplasme primitif de l'œsophage, secondaire de l'amygdale droite. Gastrostomie, paralysie récurrentielle droite, radium amygdalien, œsophagien. Survie de cinq mois après la gastrostomie.

D..., 54 ans. Antécédents personnels : fièvre typhoïde à 8 ans. Rechute légère il y a 10 ans. Pleurésie gauche il y a 20 ans. Marié à 25 ans; deux enfants morts; une fille morte à 10 ans de diphtérie; un fils tué à la guerre en 1914. Il est diabétique depuis 10 ans. En novembre 1920, il consulte pour difficulté intermittente de la déglutition qui datait de mai 1920.

Le 24 décembre, la gêne pour avaler a disparu brusquement une quinzaine de jours. Puis réapparition progressive. Malade nerveux.

Le 29 mars 1921, il a maigri notablement, les liquides seuls passent et avec douleurs. Arrêt habituel des aliments à la partie inférieure du sternum, mais la douleur est un peu au-dessus.

La radioscopie, faite à Tunis par le Docteur Jaubert, montre un hile bien visible, une aorte élargie et rectiligne. Le cachet de bismuth est arrêté très longtemps dans l'œsophage au niveau de l'extrémité supérieure du sternum.

La potion de bismuth dessine une petite poche avec extrémité inférieure irrégulière. L'œsophage paraît rétréci sur une petite longueur, le bismuth passant bien ensuite dans l'estomac.

Examen laryngologique: Larynx, rien; arythénoïde droit plus antérieur que le gauche; cordes mobiles; trachée rien; ulcération du pilier antérieur droit, diffuse, bourgeonnante, néoplasique avec amygdale droite plus volumineuse que la gauche, mais non ulcérée, un petit fragment est pris au niveau du pilier pour biopsie. Pas de ganglions de voisinage.

L'examen histologique (Docteur Dunet, laboratoire du Professeur Bérard, 23 mars 1921), montre un épithélioma pavimenteux métatypique. Pas de globe corné.

Le 30 mars 1921, œsophagoscopie sous cocaïne, en position assise, qui montre, à 18 centimètres des arcades dentaires supérieures, un arrêt complet. A noter qu'auparavant il existe un spasme à la bouche de l'œsophage avec une muqueuse rougeâtre vascularisée. Immédiatement au-dessous de la bouche, en avant, on rencontre une masse d'aspect un peu papillomateux exulcérée en un point sans orifice œsophagien visible. Diagnostic clinique : néoprimitif de l'œsophage avec greffe secondaire de l'amygdale et du pilier antérieur droit.

1^{er} avril 1921 : Gastrostomie sous novocaïne par Bérard et Sargnon : Opération classique sans accident.

Pendant 5 jours, 3 lavements par jour dont plusieurs avec hémostyl. Les suites sont bonnes, pas de température. Le 5 avril, le malade a un spasme et crache plusieurs filets de sang rouge mêlé de salive. Il sent un poids au niveau de la région œsophagienne.

Le 6, la sonde se bouche à 3 heures du soir pendant 12 heures. On l'alimente avec des lavements, ne voulant pas enlever et remettre la sonde de peur de faire fausse route. Le 7, au matin, on débouche avec un petit mandrin. L'alimentation se refait facilement par la sonde.

Le 9, la voix est un peu prise, on constate une paralysie récurrentielle droite totale.

Le 14, à 10 heures du matin, application, sous œsophagoscopie, de deux tubes de radium engainés dans un caoutchouc et contenant 75 milligrammes. On les enlève le lendemain à 10 h. 30. Ils semblent être bien restés en place, mais la pénétration du radium a été surtout haute, car le passage est virtuel. La mise en place du radium a été assez pénible, mais le malade l'a bien supportée.

Le 19, suites immédiates bonnes. On met un tube de 50 milligrammes de radium, engainé dans du caoutchouc, dans le pilier antérieur et l'amygdale droite. Il est mis à 9 heures du matin. Dans l'après-midi, il se déplace légèrement d'un centimètre, on le remet en place, mais il est enlevé, après être bien resté en place, à 8 h. 30 du matin le lendemain.

Suites immédiates bonnes, en 8 jours la tumeur amygdalienne a disparu complètement. La paralysie récurrentielle droite est complète. L'alimentation se fait toujours par la sonde, les aliments ne passent pas par l'œsophage, d'ailleurs on a bien prévenu sa femme qu'il s'agissait d'une forme particulièrement grave et que c'est simplement un essai thérapeutique que l'on tente. A la fin du mois, le malade part à la campagne. Il est toujours faible.

Une nouvelle œsophagoscopie, faite à la clinique le 8 juin, sous cocaïne, en position assise, montre toujours une sténose serrée, infranchissable, à 19 cm. des arcades dentaires supérieures avec des points bourgeonnants à ce niveau. On fait, le 8, une séance de radiothérapie (Docteur Malot) œsophagienne, en passant les rayons X par-dessus et en arrière du sternum. Radiothérapie également de la région de l'amygdale droite. Le 10 juin, à 11 heures, mise en place d'un tube de radium de 50 milligrammes laissé 6 heures en place. Le ma-

lade quitte la clinique après 3 séances de rayons X. L'état général est assez satisfaisant.

Le 24 juin état stationnaire; le 5 juillet le malade se décide à repartir pour Tunis.

Le 3 septembre, sa femme écrit qu'il est mort le 27 août d'une occlusion intestinale.

Il n'y a pas eu étouffement, dit-elle : la digestion est devenue lente, les intestins paresseux, le ventre se ballonnait. Une lettre du Docteur Rogalski, son médecin, dit : M. D... n'est pas mort d'occlusion intestinale, mais bien plutôt d'une intoxication cancéreuse. Ce qui fait supposer à M^{me} D... une occlusion intestinale, c'est la constipation assez opiniâtre des derniers jours causée par la piqûre de morphine. Cette constipation a d'ailleurs cédé à la purgation. La masse cancéreuse avait poussé des ramifications du côté du foie, et l'on sentait sous les fausses-côtes des bosselures douloureuses au toucher. Pour le reste, rien de notable, mais intoxication par le néoplasme, car à vrai dire, aucun organe essentiel à la vie n'était atteint lors de la mort.

CONCLUSIONS

I. — La gastrostomie, malgré les grands progrès des méthodes endoscopiques, tient une place assez importante en O. R. L. comme opération d'extrême et de moyenne urgence, sans parler de ses indications comme opération préalable dans certaines opérations des voies digestives et respiratoires supérieures. Dans notre thèse, nous n'envisageons que la gastrostomie d'urgence.

II. — La gastrostomie d'urgence se fait actuellement en un temps par le procédé de Fontan. Bérard et Sargnon ont insisté sur la suppression de l'anesthésie générale et son remplacement par l'anesthésie locale d'infiltration, qui généralement suffit. L'infiltration de la région péritonéale est parfois difficile à cause de l'irrégularité d'épaisseur de la paroi chez les sujets souvent très amaigris. Le temps péritonéal est parfois douloureux, aussi y a-t-il lieu, chez certains malades, d'adjoindre à ce moment à l'anesthésie locale une anesthésie générale à la reine.

III. — La gastrostomie en un temps, procédé Fontan, sous anesthésie locale, a fait disparaître presque complètement la mortalité grave de cette opération pratiquée auparavant sous-anesthésie générale. La mortalité tombe de 30 à 40 % à 2 à 5 %. L'anesthésie locale supprime en effet les accidents pulmonaires, cause habituelle de la mort de ces malades cachectiques. La gastrostomie en un temps sans incision musculaire par le procédé de Fontan est habituellement continente.

IV. — Les indications de la gastrostomie d'urgence en O. R. L., bien étudiées par Bérard et Sargnon, sont parfois d'ordre extrinsèque et surtout d'ordre intrinsèque.

Comme lésions externes, signalons exceptionnellement des lésions graves sténosantes du corps thyroïde (goitre et surtout cancer), du thymus, du larynx (cancer propagé), des ganglions et parfois de compression par anévrysme de l'aorte au niveau de la crosse ou au niveau de l'aorte thoracique inférieure. Nous insistons tout particulièrement sur les compressions graves de l'œsophage par les anévrysmes aortiques, sur la nécessité de faire systématiquement le diagnostic par les rayons X pour éviter les manœuvres œsophagiennes intempestives, parfois mortelles.

Les lésions intrinsèques des voies digestives supérieures (pharynx et œsophage) sont les causes habituelles de la gastrostomie d'urgence en O. R. L. Signalons les sténoses traumatiques (blessures exceptionnellement, parfois corps étrangers graves). Les sté-

noses congénitales du nouveau-né peuvent être justifiables de la gastrostomie, opération habituellement mortelle en pareil cas.

La gastrostomie est indiquée dans les sténoses intrinsèques inflammatoires graves, surtout dans les formes chroniques et tout particulièrement dans les rétrécissements cicatriciels très serrés, uniques ou multiples; elle permet alors d'alimenter le malade et facilite la dilatation haute ou rétrograde.

La gastrostomie d'urgence est quelquefois indiquée dans les spasmes sérieux avec ou sans ulcus, notamment dans la région cardio-diaphragmatique, ainsi que dans les cas graves de diverticule ou de grande dilatation. Elle met alors l'œsophage au repos, ce qui diminue le spasme. La gastrostomie d'urgence trouve surtout ses indications dans les tumeurs sténosantes du pharynx inférieur et de l'œsophage, tumeurs presque toujours malignes. Elle permet l'alimentation et facilite l'application de radium quand celle-ci est indiquée.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BÉRARD.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 13 Juin 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉRARD. — Maladies du corps thyroïde. (Nouveau Traité de Chirurgie Le Dentu-Delbet.)
- BÉRARD et LERICHE. — De la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers de l'œsophage chez l'enfant. (*Sem. Méd.*, 15 février 1908.)
- BÉRARD et SARGNON. — La gastrostomie en O.-R.-L. (Communication au Congrès de Chirurgie de Strasbourg, 1921.)
- BRAQUEHAYE. — La gastrostomie. (Paris, 1900.)
- BUREL. — Contribution à l'étude clinique et œsophagoscopique des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. (*Thèse* 1912, Lyon.)
- CRISTOFLE (Jean). — Du problème de l'alimentation dans les grandes interventions sur le larynx. (*Thèse* 1920, Lyon.)
- FIL. — La radiumthérapie dans le cancer du pharynx moyen et de l'hypopharynx.
- GANGOLPHE. — Précis d'opérations d'urgence. Maladies de l'œsophage. (*Nouveau Traité de Chirurgie Le Dentu-Delbet.*)
- GORIS. — Neuf interventions chirurgicales pour sténoses cicatricielles de l'œsophage. (*Bulletin de l'Académie Royale de Belgique.*)

GUISEZ. — Maladies de l'œsophage, 1911.

- Les sténoses congénitales de l'œsophage. (*Presse Médicale*, 2 avril 1913.)
- 26 cas de rétrécissements cicatriciels infranchissables de l'œsophage, dont 6 gastrostomies, ramenés à un calibre normal par l'œsophagoscopie. (*Presse Méd.*, 5 décembre 1908.)
- Pathologie des corps étrangers de l'œsophage et des voies aériennes supérieures d'après les cas observés par nous depuis 1903. (Communication *Congrès de Chirurgie*, octobre 1920.)

HABERLIN. — Traitement des brûlures fraîches de l'œsophage et des sténoses cicatricielles consécutives. (*Presse Médic.*, 30 mars 1921.)

HEYNIUS. — Guérison d'un cas de sténose cicatricielle de l'œsophage. (*Revue de Mours*, 15 mars 1921.)

LEO G. — Gastrostomie d'urgence chez un multi-blessé. (*Paris Chirurgical*, mars-avril 1919.)
gastrostomie sous anesthésie locale. Indications tech-

LOGAN-TURNER. — Carcinome de la région rétro-cricôïdienne. (*Bulletin d'O.-L.*, 1920, Guisez.)

MATHIEU, TUFFIER, SENCERT. — Chirurgie de l'estomac et de l'œsophage.

MOLLIÈRE et SARGNON. — De l'anesthésie de l'œsophage en dehors de l'œsophagoscopie. Indications. Résultats. (*Prov. Méd.*, 1907.)

NINO SAMAJA. — I tumori del œsophago. (*Società editrice liberia*, Milan.)

PORTE. — Contribution à l'étude des cancers rétro-laryngés. (*Thèse* 1921, Lyon.)

ROBERT Pierre. — De l'état actuel de la gastrostomie. De la gastrostomie sous anesthésie locale. Indication, technique, résultats. (*Thèse* 1914, Lyon.)

ROQUE. — Maladies de l'œsophage. (*Traité de Médecine et de Thérapeutique*, Brouardel, Gilbert.)

SARGNON. — 26 cas de sténoses cicatricielles de l'œsophage.
(*Province Médicale* du 17 février 1912.)

— Contribution à l'endoscopie directe. — Contribution
à l'œsophagoscopie. (*Congrès de la Soc. Franç. d'O.R.L.*,
Paris, 1912-13.)

— De l'endoscopie directe et tout particulièrement de
son application en laryngologie. (*Archives inter. de laryngol.*,
Paris, 1909.)

— Mégœsophage. (*Journal de Médecine de Lyon*, 5
mars 1921.)

SARGNON et ALAMARTINE. — Le traitement actuel des sténoses
cicatricielles graves de l'œsophage. (*Revue de Chirurgie*
du 10 août 1912.)

SOULIGOUS et BLOCH. — La gastrostomie continente; procédé
de Souligoux. (*Presse Médicale*, 27 novembre 1920.)

VILLARD. — Communication sur la gastrostomie. (*Société des
hôpitaux*, 16 novembre 1911.)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Chapitre premier. — Historique	11
Chapitre II. — Technique opératoire.	16
Chapitre III. — Indications	20
A. — Causes extrinsèques	20
B. — Causes intrinsèques	33
Conclusions	60
Bibliographie.	63
